DISSERTATION

N.° 58.

SUR

LA PÉRITONITE TRAUMATIQUE.

THÈSE

Présentée à la Faculté de Médecine de Montpellier, et publiquement soutenue le 9 Mai 1823;

Par FRANÇOIS-CHARLES PEYRE,

de MARVEJOLS, département de la Lozère,

Membre titulaire de l'Athénée médical, Membre titulaire du Cercle chirurgical de Montpellier, Membre correspondant de la Société médicale d'Émulation de Toulouse, Élève de l'École pratique d'Anatomie et des opérations chirurgicales, Chirurgien externe à l'Hôpital civil et militaire, Bachelier ès Lettres de l'Académie de Montpellier.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Ars medica tota in observationibus.

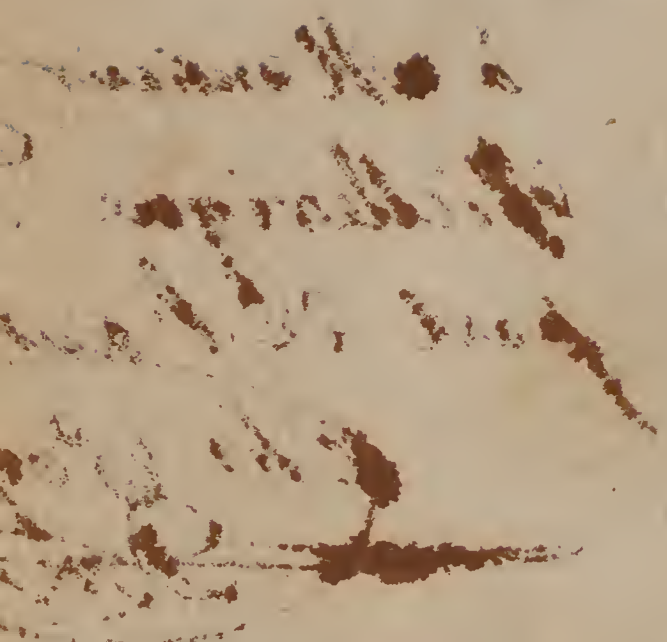
F. HOFFMANN.

à Monsieur Fiellerigue de part de l'auteur
Chs Peyre

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Seul Imprimeur de la Faculté de Médecine, près la Préfecture, N.° 62.

1823.



A MES MAÎTRES,

MONSIEUR VICTOR BROUSSONNET,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Montpellier, Médecin en Chef de l'Hôpital civil et militaire de la même ville, Médecin de la 9.e Division militaire, Chevalier de l'Ordre de St.-Michel et de la Légion d'Honneur, etc. etc.;

MONSIEUR DELPECH,

Conseiller ordinaire du Roi, Chirurgien ordinaire de S. A. R. M.gr Duc d'Angoulême, Chevalier de l'Ordre Royal de la Légion d'Honneur, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chirurgien en Chef de l'Hôpital St.-Éloi de la même ville, Membre correspondant de l'Académie des Sciences, de l'Institut Royal de France, Membre de l'Académie Royale de Médecine, etc. etc.;

MONSIEUR LALLEMAND,

Professeur de Clinique externe à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chirurgien en chef de l'Hôpital St.-Éloi de la même ville, Membre titulaire de plusieurs Sociétés savantes, etc. etc.

Tribut de Respect et de Reconnaissance.

CH. PEYRE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Parens tendrement chéris, qui avez fait de si grands sacrifices pour mon bonheur, agréez l'hommage de mes premières études médicales: il ne saurait m'acquitter envers vous; mais s'il vous est agréable, et sur-tout s'il vous prouve mon amour, mon respect et ma reconnaissance, je serai satisfait.

AU FRÈRE LE PLUS CHÉRI,
Le plus digne de l'être, à mon meilleur Ami.

Je serais trop heureux, si, par ce faible essai, je pouvais t'exprimer toute mon amitié et ma reconnaissance; mais, non, mon cher Achille, *tes bienfaits sont en si grand nombre, que je sens bien que je ne pourrai jamais m'acquitter envers toi.*

A mon Frère JULES, et à mes SOEURS.

Amitié éternelle.

A mes Oncles et à mes Tantes.

Respect et dévouement sans bornes.

A mon Cousin, ST.-MARTIN, Receveur-général à Blois, Membre de la légion d'Honneur.

Gage de l'attachement le plus sincère, et de la reconnaissance la mieux sentie.

A mes Parens,
Monsieur et Madame VERET,
Et Monsieur et Madame DE CALADON.

Réunis dans cette dédicace, vous le serez à jamais dans mon cœur.

A mes Condisciples et Amis,
LOUIS CHEVALIER, F.x MARTIN,
Licenciés en Médecine.

Amitié inviolable.

CH. PEYRE.

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE

TRAUMATIQUE.

Considérations générales sur les membranes séreuses.

Parmi les tissus les plus susceptibles de contracter une inflammation plus ou moins vive, les membranes séreuses sont, sans contredit, placées au premier rang. C'est ainsi qu'on voit journellement l'arachnoïde, les plèvres, le péritoine, les synoviales, s'enflammer tour-à-tour, et présenter, au médecin observateur, une série de phénomènes qui peuvent le conduire à la connaissance des divers modes d'inflammation de ces membranes, et à la méthode de traitement qui est la plus convenable et la

plus propre à la combattre dans ses différentes périodes.

L'inflammation des membranes séreuses est proportionnée à la cause qui la produit, à l'âge et au tempérament de l'individu. C'est ainsi que les femmes, et les personnes irritables et nerveuses, y sont les plus sujètes : son degré d'intensité varie d'ailleurs suivant les individus et une infinité de circonstances particulières.

L'inflammation des membranes séreuses est produite par des causes internes et des causes externes. Je fais abstraction des premières, pour ne parler que des secondes, dont je vais m'occuper spécialement dans ma Disssertation sur l'inflammation de cette grande séreuse (appelée péritoine), membrane mince, diaphane, d'un trajet très-compliqué, qui revêt la surface interne des parois de l'abdomen, forme dans cette cavité des replis plus ou moins considérables, et se prolouge sous forme d'enveloppe sur la plupart des viscères qui y sont renfermés : on trouve sa description exacte dans presque tous les Traités d'anatomie des modernes.

DESCRIPTION DE LA PÉRITONITE TRAUMATIQUE.

DÉFINITION.

J'entends par péritonite traumatique, l'inflammation du péritoine produite par une cause

externe, telle qu'une blessure dans le bas-ventre, l'emploi du forceps dans un accouchement laborieux, l'usage inconsidéré de la sonde, la déchirure de la vessie dans l'opération de la taille, l'incision des parois abdominales dans l'opération de la hernie étranglée, et en un mot par tous les agens extérieurs quels qu'ils soient.

Je crois cependant que les blessures faites aux parois abdominales ne suffisent pas pour déterminer la péritonite traumatique: le développement de cette affection, qui est regardée comme une des plus terribles dont puisse être affligée l'humanité, me paraît sous l'influence d'une infinité de circonstances particulières. Ainsi, je pense que la mauvaise nourriture, l'air froid et humide, les passions vives, les tempéramens irritables, le séjour prolongé dans les hôpitaux, les changemens brusques de température, l'état sabural des premières voies, etc., peuvent faciliter son développement, et contribuer même à augmenter son intensité.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie, ont remarqué, avec raison, qu'elle se manifeste ordinairement peu de temps après l'action de la cause qui la produit. Quelquefois l'inflammation s'étend à une distance peu considérable de son siége, et produit, dans ce cas, des adhérences qui sont regardées comme salutaires; mais si par une disposition particulière

des malades, ou par une cause inconnue, elle prend un degré d'intensité plus fort, elle envahit avec une rapidité effrayante une grande partie du péritoine, et occupe quelquefois toute son étendue, comme j'ai eu lieu de m'en assurer.

Quelquefois la péritonite traumatique se manifeste sans présenter des symptômes bien fâcheux : dans ce cas, qui est rare, les fonctions des organes abdominaux s'exécutent assez bien, ou sont peu dérangées. Il ne règne le plus sousouvent qu'une légère fièvre, qui cesse dans peu de jours, avec l'inflammation circonscrite par les adhérences.

Mais, au contraire, lorsque l'inflammation s'étend au loin sur la surface du péritoine, on voit régner les symptômes les plus alarmans. Elle devient alors rapidement funeste.

INVASION.

Elle se déclare par des douleurs abdominales qui se font ressentir tantôt à l'endroit correspondant à la blessure, tantôt aux lombes, à l'épigastre ou à l'ombilic; d'autres fois elles occupent toute la surface de l'abdomen ; souvent elles sont très-incommodes, et paraissent augmenter par une chaleur interne et continue que les malades éprouvent : ces douleurs, toujours aiguës et déchirantes, arrachent des cris con-

tinuels ; il y a décubitus sur le dos ; la position latérale devient insupportable, souvent elle est impossible ; le poids des couvertures et les topiques les plus légers augmentent l'agitation ; la moindre pression sur l'abdomen est intolérable, la soif devient ardente, le ventre se météorise, les douleurs se calment quelquefois, mais elles reviennent ensuite avec plus de violence ; la respiration est courte et gênée, le diaphragme est dans un état d'irritation continuelle ; les traits de la face sont altérés, les pommettes saillantes, le visage est triste et abattu, il y a sentiment de consternation et de désespoir, les yeux sont hagards et troubles, le regard est fixe et audacieux. Il règne une grande prostration de forces ; les urines sont rouges et coulent en petite quantité ; ordinairement il y a constipation, rarement diarrhée. Presque toujours on remarque le hoquet, des nausées et le vomissement ; le pouls est concentré, petit, fréquent et inégal ; les évacuations, d'abord claires et séreuses, deviennent épaisses et fétides ; la langue est tantôt rouge, tantôt sèche et muqueuse ; une sueur froide couvre tous les membres, le malade pousse des gémissemens et éprouve des defaillances, la douleur cesse tout-à-coup, le ventre s'affaisse et la mort survient.

Tel est le tableau des symptômes de la

péritonite traumatique aiguë ; elle peut se compliquer avec toutes les affections de la constitution régnante : ainsi on a remarqué qu'au printemps, elle se compliquait avec les fièvres inflammatoires; en été, avec les fièvres bilieuses et putrides; en automne, avec les fièvres muqueuses; en hiver, avec les fièvres ataxiques.

L'expérience démontre aussi journellement que cette maladie se compliquait avec toute espèce de phlegmasies, mais principalement avec celles des membranes séreuses, sur-tout si la maladie primitive se termine par chronicité.

La péritonite traumatique se termine par résolution, par suppuration et par gangrène.

RÉSOLUTION.

Cette terminaison est la plus heureuse, puisqu'elle ramène la santé du 5.e au 10.e jour; elle s'annonce par un changement bien notable de la maladie. Tous les symptômes présentent une diminution qui devient à chaque instant plus sensible; le pouls, qui d'abord était concentré, petit et serré, offre plus de plénitude, de mollesse, et moins de fréquence. Le malade peut se tourner indifféremment d'un côté ou d'autre, parce que les douleurs abdominales se font à peine ressentir; les nausées et le vomissement disparaissent; un sommeil doux, léger et ré-

parateur remplace les angoisses qui s'étaient d'abord manifestées ; les sécrétions et les excrétions se rétablissent ; les urines deviennent plus claires, et enfin la santé se raffermit.

La résolution laisse presque toujours après elle des suites de l'inflammation. C'est ainsi qu'on trouve des adhérences et des fausses membranes dans l'abdomen des personnes qui ont eu pendant leur vie des péritonites ; quelquefois aussi le péritoine devient plus opaque et plus épais par suite de l'inflammation.

Suppuration.

Elle est ordinairement fâcheuse ; cependant on voit des cas où les malades ont guéri, mais ils sont extrêmement rares ; l'époque de la formation du pus n'est pas déterminée, on a cru qu'elle avait lieu du 5.e au 7.e jour. On la reconnaît lorsque la fluctuation se fait un peu sentir ; le ventre cesse alors d'être aussi douloureux ; la tension est moindre, mais il existe encore un gonflement considérable. Le malade se couche ordinairement sur le dos, ou sur le côté vers lequel l'épanchement paraît s'être manifesté. Il règne toujours des frissons irréguliers ; le visage est pâle, les extrémités froides, le pouls petit, et enfin, les autres symptômes conservent leur degré d'intensité.

Quelquefois la matière purulente épanchée dans l'abdomen est en grande quantité, et donne lieu à des abcès énormes qui simulent une ascite. Les intestins sont comprimés dans un espace fort étroit; un immense kyste remplit la cavité abdominale, quelquefois il se rompt dans son intérieur; en d'autres circonstances il s'établit des fistules difficiles à guérir, et très-souvent incurables.

On a remarqué que ce n'était que vers le 15.e ou 20.e jour de la maladie, que la fluctuation abdominale dont je viens de parler se faisait sentir. Plusieurs auteurs ont pensé que c'était à ce moment que l'inflammation passait de l'état aigu à l'état chronique. Je me range de leur avis, parce que la chose me paraît démontrée par l'expérience.

GANGRÈNE.

La péritonite traumatique qui se termine par gangrène, est celle qui présente les symptômes les plus fallacieux et les plus alarmans, puisque toutes les ressources de l'art sont le plus souvent inutiles, et n'empêchent pas que les malades ne terminent dans peu leur pénible existence.

Cette terminaison est déterminée par une vive inflammation; on la reconnaît à la petitesse et à l'intermittence du pouls, à l'affais-

sement du ventre, à la cessation brusque des douleurs abdominales; elle se manifeste ordinairement 3 ou 4 jours après l'invasion de la maladie; souvent elle existe avec les fièvres de mauvais caractère: mais je ne m'étendrai point ici sur ces complications, parce que je sortirais du cercle dans lequel je me suis renfermé.

Telles sont les diverses terminaisons de la péritonite traumatique aiguë. Avant de m'occuper de celle qui passe à l'état chronique, je vais rapporter deux observations que j'ai recueillies moi-même à la clinique externe de l'Hôpital St.-Éloi, et qui sont trop importantes pour ne pas trouver une place dans ma Dissertation (1).

Première Observation

Péritonite traumatique terminée par résolution.

Lucien Pussol, de Bouzigues, département de l'Hérault, âgé de 7 ans, d'un tempérament sanguin, issu de parens robustes, fut reçu à l'Hôpital St.-Éloi le 10 avril 1822. Comme cet enfant se plaignait de vives douleurs qu'il

---

(1) C'est M. Delpech qui m'a permis d'insérer dans ma thèse ces deux observations: je lui en témoigne mes sincères remercîmens.

éprouvait depuis long-temps dans la vessie, que a difficulté d'uriner était très-grande, M. le professeur Delpech le sonda et reconnut l'existence d'une affection calculeuse. On prépara le malade à l'opération qui fut pratiquée le 15 au matin. Immédiatement après, on prescrivit *une potion avec* 30 *gouttes laudanum liquide*, *eau de veau nitrée pour boisson*. Le soir, le malade éprouvait de l'assoupissement, des céphalalgies, le pouls était fort, les urines coulaient par la plaie même avec abondance; la nuit, le malade dormit assez bien.

Le lendemain la face était pâle, la peau brûlante; le pouls, plus agité que le jour précédent, donnait 130 pulsations par minute; le ventre commençait à devenir douloureux : on prescrivit la *diète*, *la limonade*, *des fomentations émollientes sur l'abdomen*; *l'eau de veau nitrée fut* continuée, 12 *sangsues furent* appliquées sur les régions iliaques, siége principal de la douleur. La cuisson produite par l'urine fut très-forte, et le malade ne prit pas un seul instant de repos pendant la nuit.

Le 17, la plaie semblait vouloir se réunir vers ses deux angles, mais les douleurs abdominales avaient considérablement augmenté. Le ventre était un peu tendu, et l'enfant poussait des cris toutes les fois qu'on le touchait; les *sangsues furent appliquées sur* le point dou-

loureux, *et les mêmes prescriptions continuées.* Le malade ne dormit pas de toute la nuit.

Le 18, 12 *sangsues* furent encore appliquées à 5 heures du matin, et produisirent un très-bon effet: les maux de ventre commencèrent à diminuer un peu, mais sur le soir le pouls devint petit et concentré; la langue était couverte d'un enduit noirâtre: *looch blanc, limonade, fomentations émollientes sur l'abdomen, avec la décoction de jusquiame et la racine de guimauve; trois lavemens avec 4 onces eau de riz gommée, 8 gouttes laudanum liquide dans chaque.*

Le premier lavement fut accompagné d'une évacuation peu abondante de matières noirâtres. (Le malade ne rendit pas les deux autres.) Il n'y eut qu'une heure de sommeil pendant la nuit.

Le 19, le ventre était tendu, ballonné et douloureux à la moindre pression, le regard inquiet, le pouls petit et précipité, la langue blanche et tachetée de petits points rouges, la pupille dilatée avec sentiment de prurit au nez. Les urines coulèrent avec douleur par les voies naturelles, et le malade souffrit beaucoup.

M. le Professeur Délpech ayant cru reconnaître une affection vermineuse, prescrivit *une once huile de ricin dans un demi-bouillon; les autres prescriptions furent continuées.*

Le soir, le malade rendit trois selles copieuses, dans lesquelles on apercevait une grande quantité de matières noirâtres, presque liquides; la surface de la plaie était toute recouverte de concrétions urinaires; le ventre devint un peu plus souple, et la douleur diminua.

Le 20, la langue était encore blanche, la tête douloureuse, l'abdomen moins tendu, mais le regard était inquiet, et l'anxiété régnait toujours. Il y eut quatre selles, et les matières rendues furent jaunes et assez abondantes; on y trouva un ver de l'espèce des lombrics: cette évacuation produisit un soulagement notable. Le sommeil fut doux, léger et très-peu interrompu pendant la nuit.

Le 21, le ventre et la tête étaient sans douleur, la plaie commençait à se cicatriser vers ses angles, l'écoulement de l'urine par les voies naturelles se faisait avec difficulté. *Deux crêmes de riz et un bain matin et soir.* La nuit suivante, le malade alla trois fois à la selle et dormit profondément.

Le 22, la fièvre existait encore, mais elle avait bien diminué; le ventre était très-souple, l'urine coula en grande quantité par la plaie et les voies naturelles: cet écoulement fut fréquent et douloureux.

Le 23, la plaie était entièrement réunie à ses angles et présentait une couleur blafarde à son

milieu. Les symptômes inflammatoires avaient cessé.

Du 24 au 30, la guérison fit de nouveaux progrès, et le 1.er mai le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Péritonite traumatique terminée par suppuration.

Étienne Palatan de Lunel, âgé de 27 ans, d'un tempérament athlétique, exerçant la profession de porte-faix, et s'occupant quelquefois des travaux de la campagne, issu de parens sains, qui n'ont jamais été sujets aux affections calculeuses, se présenta à l'hôpital St.-Éloi de Montpellier, le 9 avril 1822. Le Prof. Delpech, s'étant aperçu de l'existence d'un calcul, en instruisit le malade qui demanda l'opération à à laquelle il fut préparé le 10, *par le quart matin et soir, infusion graine de lin émulsionnée, quatre onces d'émulsion avec une once sirop de diacode, saignée de dix onces, deux lavemens, un bain.*

Le malade passa la nuit du 10 au 11 dans une grande agitation; il lui fut impossible de prendre du repos.

Le 11, mêmes symptômes, *mêmes prescriptions*; le 12, *diète, purgatif ordinaire, illicò.*

Comme il n'alla pas à la selle, quatre heures après qu'il l'eut pris on lui administra *une once huile de ricin*, deux *lavemens le soir*, *et* deux *le lendemain matin*; le malade souffrait moins, les urines coulaient plus facilement, il désirait ardemment l'opération, qui fut pratiquée le 13; immédiatement après, on prescrivit une potion *avec* 60 *gouttes laudanum liquide*, *eau de veau nitrée* pour boisson, *saignée de* 10 *onces réitérée le soir*; la nuit fut tranquille, et le malade dormit pendant 5 heures environ.

Le 24, la figure était beaucoup plus pâle, le pouls fréquent, l'urine s'écoulait en totalité par la plaie, les angles de celle-ci commençaient à se réunir, il y avait tuméfaction, et la douleur était très-vive vers la région hypogastrique et les aines. On prescrivit *la diète*, *l'eau de veau et la limonade* alternativement, *une saignée de 8 onces le soir.*

La nuit suivante, le malade fut légèrement assoupi et fort inquiet; son sommeil était continuellement interrompu; les maux de ventre augmentaient à chaque instant.

Le 15, l'amaigrissement était sensible, surtout à la face, la chaleur de la peau très-forte, et le pouls fréquent et concentré, les urines s'écoulaient par la plaie comme les jours précédens: *diète*, *eau de veau nitrée*, *fomentations émollientes sur l'abdomen*.

Pendant la nuit, le malade vomit deux fois, les urines coulèrent en partie par la verge, cet écoulement fut accompagné d'une douleur que le malade comparait à celle qu'il éprouvait avant l'opération. La langue était sale et la bouche mauvaise.

Le 16, les symptômes furent à peu près les mêmes : *diète et toujours même prescription* ; on ajouta 15 *grains ipécacuanha* pour le soir ; les matières bilieuses rendues par le vomissement furent très-abondantes, il y eut deux selles, on y remarquait quelques glaires d'un liquide verdâtre en petite quantité ; le ventre fut souple et moins douloureux après cette évacuation.

Le 17, le malade alla mieux, l'abdomen était presque sans douleur ; le pouls, plus plein et moins agité que le jour précédent, ne donnait que 90 pulsations par minute, mais ce calme ne fut pas de longue durée : le soir, les douleurs reparurent avec intensité et augmentèrent avec une rapidité effrayante ; la plaie se dilata, les urines en sortirent toutes teintes de sang, et le malade commença à pousser quelques gémissemens : *trois bouillons*, *eau de veau*, *fomentations émollientes*, 12 *sangsues à l'hypogastre*.

Le 18, le malade était très-souffrant, ne parlait qu'avec peine, et changeait à chaque instant de position ; sa tête tombait sans cesse sur sa poitrine ou ses épaules, les traits de la

face étaient tirés ; le ventre tendu et douloureux ; la moindre pression sur l'abdomen était insupportable, toute la surface de la plaie était recouverte de concrétions urinaires, les urines coulaient tantôt par celle-ci, tantôt par les voies naturelles. On prescrivit *quatre onces looch blanc avec deux onces sirop de diacode, fomentations avec la décoction de jusquiame et la racine de guimauve, limonade, tranches d'orange, trois lavemens avec quatre onces eau de riz gommé et 15 gouttes laudanum liquide dans chaque.* Le malade fut très-assoupi pendant la nuit sans qu'il lui fût possible de prendre du repos.

Le 19, il y avait un peu moins de douleur dans l'abdomen, mais l'affaiblissement était beaucoup plus considérable ; le pouls petit et concentré offrait un peu d'intermittence, la température de la peau était plus basse que le jour précédent ; les matières rendues à diverses reprises étaient noirâtres : *mêmes prescriptions, un bain de deux heures ajouté.*

Le 20, les yeux étaient hagards et caves, les traits de la face tirés, les pommettes saillantes, le pouls profond et presque insensible, les extrémités froides, la bouche sèche, la voix faible et plaintive; le malade poussait de temps en temps des gémissemens et faisait des efforts continuels pour vomir, il rendit dans le jour des matières verdâtres ; plus tard le hoquet et le râle sur-

vinrent, et le malade expira à onze heures du soir au milieu des plus horribles tourmens.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une collection de pus assez abondante dans les deux flancs, la surface du péritoine était fortement enflammée et tapissée par une fausse membrane de couleur jaunâtre ; l'inflammation du mésentère était sur-tout très-prononcée, comme les assistans purent s'en convaincre ; la vessie très-rapetissée était presque remplie de matière purulente ; son intérieur présentait une couleur noire et plusieurs concrétions urinaires formées sur les points déchirés par le calcul lors de son extraction ; les parois de cet organe étaient très-épaisses ; on remarquait par-tout des rugosités et des concrétions semblables à celles dont nous avons eu occasion de parler précédemment.

CHRONICITÉ.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la péritonite traumatique passe souvent de l'état aigu à l'état chronique ; on a observé que c'était ordinairement du 14.ᵉ au 20.ᵉ jour de la maladie que s'opérait ce changement. On peut donc soupçonner qu'elle a lieu, lorsque les symptômes diminuent peu à peu, qu'un calme plus ou

moins long se manifesté, que les forces du malade se soutiennent un peu. Dans quelques cas, il se déclare une douleur fixe et profonde, mais sans sentiment de chaleur; quelquefois les douleurs paraissent et cessent alternativement; presque toujours le ventre est volumineux, distendu et ballonné par les gaz. Enfin, la fièvre hectique et la diarrhée colliquative surviennent, et le marasme le plus complet termine l'existence des malades.

Une exhalation augmentée, et qui produit le plus souvent une hydropisie secondaire, est presque toujours l'effet de la péritonite traumatique passée à l'état chronique. L'observation suivante, trop intéressante pour n'être pas citée, en est une preuve bien convaincante.
« Une femme de 25 ans, enceinte de cinq
« mois, reçut un coup de pied de cheval dans le
« bas-ventre; aussitôt l'avortement a lieu,
« l'abdomen devient tendu, douloureux et mé-
« téorisé; les symptômes qui ont coutume d'ac-
« compagner la péritonite se firent observer; les
« remèdes qu'on administra parurent soulager
« la malade, qui négligea bientôt de se soigner.
« La sensibilité du ventre persista toujours; les
« vomissemens se répétèrent par intervalle.
« Enfin, la maladie passa tout-à-fait à l'état
« chronique; le dépérissement et la maigreur
« devinrent extrêmes; le soir, il y avait un

« peu de fièvre ; au troisième mois de l'acci-
« dent les symptômes s'étaient accrus; l'ab-
« domen se gonfla de plus en plus. Il se ma-
« nifesta une hydropisie ascite considérable,
« avec engorgement et œdématie des membres
« inférieurs, crampes fréquentes et très-dou-
« loureuses. Les souffrances qu'elle eut à sup-
« porter, durant sa maladie, lui rendirent
« moins redoutable le moment où elle devait
« finir d'exister : elle mourut vers le milieu
« du quatrième mois de l'invasion de la ma-
« ladie. » *Collection des Thèses de Paris*, Bischet, *Thèse inaugurale.* 1819.

PRONOSTIC.

Le pronostic de cette cruelle maladie doit être généralement fâcheux, parce que l'expérience démontre qu'elle est presque toujours funeste et au-dessus des ressources de l'art. On aura donc à craindre pour les jours des malades, lorsque la péritonite parcourra ses périodes avec rapidité, que l'abdomen sera tendu et météorisé, que les vomissemens et les nausées seront fréquens, que le pouls sera petit et concentré, la pâleur de la face extrême, les forces languissantes, etc. On aura également tout à redouter, si les fièvres adynamiques et ataxiques viennent compliquer cette affection.

Le pronostic, au contraire, doit être favorable, si les douleurs abdominales cessent, si le pouls se relève, si le ventre devient souple, si les malades peuvent se tourner librement dans leur lit, si la transpiration se rétablit, et si les forces sont suffisantes pour permettre aux malades de se livrer aux évacuations nécessaires.

Plusieurs praticiens distingués ont observé que le sommeil est d'un très-bon augure; en effet, dès qu'il cesse d'être agité, il relève les forces des malades, et leur triste position change bientôt, puisque, d'un moment à l'autre, ils avancent vers la guérison.

RÉSULTAT GÉNÉRAL DES AUTOPSIES CADAVÉRIQUES.

Les autopsies cadavériques prouvent journellement que l'inflammation du péritoine peut occuper toute sa surface; néanmoins ce cas est assez rare. Il arrive ordinairement qu'il n'est affecté que dans certains points de son étendue : ainsi on trouve tantôt des foyers purulens énormes, tantôt des adhérences et de fausses membranes, tantôt des points gangreneux, etc. Cependant, comme ce n'est que par les recherches les plus précises qu'on peut parvenir à connaître les différens modes d'in-

flammation du péritoine, je vais tâcher de développer les cas où cette inflammation présente des différences plus ou moins sensibles.

Lorsque les malades, attaqués de péritonite, succombent vers les premiers jours de la maladie, c'est-à-dire, vers le troisième ou quatrième jour de son invasion, on aperçoit quelques points rouges, semés çà et là sur la surface du péritoine. On serait tenté, au premier abord, de ne pas croire à l'existence de l'inflammation. Néanmoins, en y regardant de bien près, on y aperçoit quelques points désorganisés qui en sont les *vestiges*. Je les appelle *vestiges*, parce que, l'inflammation étant superficielle, le sang s'est échappé par les petits vaisseaux au moment où le malade a péri. Ce cas se voit dans des inflammations d'un autre genre : c'est ainsi, en effet, que l'érysipèle superficiel disparaît ; qu'il ne reste plus ou presque plus des traces de la rougeole, de la scarlatine, de l'inflammation de la conjonctive, etc. Mais, ce qui me prouve qu'il y a eu de l'inflammation, ce sont les foyers purulens ou séreux qui existent, et les phénomènes pathologiques qui les ont précédés.

Le liquide renfermé dans l'abdomen des personnes mortes de péritonite traumatique, varie dans sa couleur et dans sa consistance : ordinairement il est roussâtre, blanchâtre, puru-

lent, et contient une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux. Ces flocons membraniformes, d'un blanc sale, et tremblotans, couvrent quelquefois toute la surface des viscères abdominaux, et contribuent, par l'adhérence, à former dans l'abdomen plusieurs poches plus ou moins éloignées les unes des autres, et qui contiennent presque toutes du liquide épanché.

Lorsque les malades meurent dès les premiers jours de la maladie, les intestins ne sont pas agglomérés ; il se forme seulement sur leur surface quelques petites brides, faciles à déchirer, et qu'on a comparées à du parchemin raclé: examinés plus profondément, ils n'offrent rien de particulier, du moins ce n'est pas ordinaire de trouver leur membrane interne affectée d'inflammation.

Le péritoine de ceux qui succombent plus tard, c'est-à-dire, après le 15.e et 20.e jour de la maladie, offre ordinairement une couleur très-marquée, la suppuration est plus abondante et plus épaisse que dans le cas précédent. Il existe par-tout des adhérences et de fausses membranes qui unissent les intestins entre eux, sur-tout les paquets grêles.

Lorsque la maladie se termine par la mort au-delà du 30.e ou 40.e jour, les autopsies cadavériques nous présentent des inflammations

très-prononcées : le péritoine est rouge dans toute son étendue, plus ou moins épais, sa couleur est opaque, les intestins sont resserrés les uns contre les autres par des brides épaisses, et qui varient suivant les sujets et les différens degrés de l'inflammation. Il est rare que ces inflammations chroniques du péritoine, quoique indépendantes des organes sous-jacens, ne se communiquent pas à eux par la simple contiguïté des parties, et principalement du tissu cellulaire.

Quand la gangrène termine la péritonite, le liquide renfermé dans l'abdomen répand une odeur fétide ; il est grisâtre, puriforme et de couleur cendrée ; toute la surface du péritoine est recouverte de taches noirâtres qui se déchirent avec la plus grande facilité.

Plusieurs auteurs ont remarqué que quelquefois le liquide renfermé dans l'abdomen des personnes qui avaient succombé à la péritonite, avait acquis des qualités délétères ; ils prétendent que cette matière, introduite dans l'économie animale par voie de l'inoculation, avait donné lieu aux accidens les plus terribles. Le professeur Chaussier a vu des effets très-dangereux résulter des coupures faites avec un scalpel ou tout autre instrument tranchant, employé à ouvrir des cadavres de personnes mortes de péritonite : aussi recommande-t-il à ses élèves

d'avoir recours à toute sorte de précautions pour éviter de semblables accidens. On ignore à quoi tient cet état particulier de la matière de l'épanchement qui la dispose ainsi à être délétère : on a cru que son séjour prolongé en était la cause, sur-tout s'il y avait eu complication de la péritonite avec les fièvres adynamiques et pestilentielles; il est à désirer qu'on fasse des expériences qui viennent nous éclairer à ce sujet.

TRAITEMENT.

Le traitement de la péritonite traumatique doit varier selon le tempérament du malade et l'état de la maladie; ainsi, lorsque les symptômes n'annoncent rien de fâcheux, on est fondé à croire que la résolution va s'opérer. Pour la favoriser, il suffit de garantir la plaie du contact de l'air, de la réunir avec des bandelettes agglutinatives ou le bandage unissant, de prescrire le repos, la diète, un régime antiphlogistique, et les fomentations émollientes: peu à peu les fonctions se rétablissent, et le malade guérit dans un temps plus ou moins long.

Mais il n'en est pas ainsi de la péritonite traumatique qui se déclare avec intensité et qui paraît prendre une marche plus rapide : elle

exige l'attention la plus scrupuleuse et les soins les plus assidus de la part du praticien, car il arrive souvent que cette maladie prend une marche insidieuse et trompe l'observateur le plus exact et le plus éclairé. C'est ainsi que le célèbre Morgagni pensait que cette inflammation peut devenir mortelle tout-à coup et se terminer par gangrène, sans qu'elle ait été accompagnée ni précédée de symptômes très-graves. Le même auteur remarque aussi que, dans les inflammations du bas-ventre, le pouls est petit et concentré, quoique les forces soient d'ailleurs assez considérables : ce qui prouve qu'on ne doit jamais s'en laisser imposer par de fausses apparences.

Dans le traitement de la péritonite traumatique aiguë, le premier soin du médecin consiste à écarter de la partie souffrante tout ce qui l'irrite et la fatigue. En conséquence on doit prescrire le repos absolu, le silence, la diète, éloigner les couvertures trop pesantes et entretenir la respiration aussi libre que possible.

Ensuite, pour calmer les douleurs inflammatoires qui paraissent être ici la vraie cause de la maladie, on doit recourir aux anti-phlogistiques les plus puissans : ainsi on fera usage de la saignée générale qui produit souvent dans ce cas d'excellens effets. On ne se laissera pas intimider par la faiblesse et la petitesse du pouls ; car les praticiens les plus éclairés, comme Morgagni,

le Professeur Fages et autres, nous assurent qu'elle contribue à éloigner les symptômes fallacieux qui, au premier abord, semblaient la contr'indiquer, et qu'elle apporte ordinairement un grand soulagement aux malades.

Les saignées locales sont encore plus salutaires, on peut les appliquer à l'endroit correspondant à la douleur, ou à la marge de l'anus, sur-tout s'il y a suppression d'un flux hémorroïdal. Les sangsues me paraissent préférables aux ventouses scarifiées, parce qu'elles fatiguent moins les malades, quel que soit le lieu qu'on ait choisi pour les placer. Je crois qu'il est avantageux de faire de temps en temps des fomentations tièdes pour entretenir long-temps l'écoulement du sang : on a toujours assez de moyens pour l'arrêter lorsqu'on s'aperçoit que le malade s'affaiblit trop.

Après les saignées, on a employé avec succès les fomentations émollientes sur le bas-ventre. Celles qui doivent être préférées sont les décoctions mucilagineuses de graine de lin, l'eau de mauve, etc.; mais il faut avoir soin de ne pas employer des linges imbibés de ces substances, parce que le poids de ces topiques fatigue extrêmement les malades et amène souvent un effet contraire à celui qu'on attendait. Je crois qu'il convient mieux, en pareil cas, d'avoir des éponges imbibées de lait chaud, d'huile d'amandes

douces, et d'autres substances émollientes qu'on répand souvent sur toute la surface de l'abdomen.

Les bains tièdes généraux, les frictions opiacées et les anti-spasmodiques ont été employés avec succès, et doivent aussi être mis en usage.

Sarcone et van Swieten ont fait un grand cas de l'eau froide et de la glace ; ces moyens peuvent être très-efficaces, mais je crois qu'il faut être circonspect dans leur emploi, et avoir égard à la constitution et à l'idiosyncrasie des malades.

On ne saurait trop recommander à l'attention des praticiens les révulsifs, mais il faut en faire usage selon les préceptes de Barthez, qui veut qu'on y ait recours avant que la fluxion ait lieu, sans quoi ils deviendraient nuisibles.

M. Gasc, dans sa thèse inaugurale sur la péritonite puerpérale, assure que les vésicatoires ont produit quelquefois des succès étonnans, et que lorsqu'ils n'ont pas guéri les malades, du moins ils ont contribué à prolonger leurs jours ; il conseille de les appliquer sur plusieurs points de l'abdomen ou sur la partie interne des cuisses.

Les rubéfians et les sinapismes à la plante des pieds produisent des effets analogues aux vésicatoires, ils ne doivent pas être négligés ; mais il faut que la suppuration et l'épanchement ne soient pas encore établis.

Tels sont les topiques qui conviennent dans

le traitement de la péritonite traumatique aiguë. Parlons maintenant des médicamens pris à l'intérieur.

Les boissons excitantes, les alimens solides étant des agens nuisibles par l'irritation qu'ils impriment à toute l'économie, doivent être proscrits du traitement qui nous occupe. Les bouillons seront donc la seule nouriture qu'on donnera aux malades, mais la diète est plus souvent salutaire.

L'expérience ayant constaté les bons effets des tisanes adoucissantes, on devra constamment y avoir recours : ainsi on pourra employer le chiendent avec le sirop de gomme, la scabieuse, la limonade, le petit-lait, l'eau de veau nitrée, l'eau de poulet avec quelques gouttes de laudanum liquide.

Les laxatifs les plus légers ont été reconnus utiles dans l'état aigu, néanmoins ils doivent être administrés à propos : ainsi il convient de s'assurer si les matières fécales accumulées dans le canal intestinal n'augmentent pas l'excitation du péritoine. Si on le soupçonne, on doit y avoir recours, mais n'employer que les huileux et les mucoso-sucrés : j'ai vu l'huile récente de ricin amener un grand soulagement chez le jeune malade qui fait le sujet de la première observation, consignée dans ce petit traité. Les lavemens huileux sont aussi très-avantageux lorsqu'il existe ténesme et douleur locale.

Dans le début de la péritonite puerpérale, Doulcet assure avoir retiré les meilleurs effets des vomitifs, sur-tout de l'ipécacuanha. Voici la manière dont ce médecin l'employait à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il administrait, dès que les premiers symptômes de la maladie se déclaraient, quinze grains ipécacuanha en deux doses, à une heure et demie de distance. On répétait plusieurs fois ce vomitif, suivant l'opiniâtreté des symptômes; on soutenait son action par l'usage d'une potion huileuse, avec addition de deux grains oxide d'antimoine, en donnant pour boisson l'eau de graine de lin, édulcorée avec le sirop de guimauve.

Cette méthode de Doulcet ayant fait époque en médecine, on a eu recours à l'expérience en administrant les émétiques dans toute espèce de péritonite; mais les succès qu'on attribuait à ces médicamens, ne se sont pas soutenus. En conséquence, dans le désir d'acquérir des connaissances sur un sujet aussi important, je me suis proposé la question suivante.

Les vomitifs employés dans le traitement de la péritonite traumatique, sont-ils un remède sur les bons effets duquel on puisse toujours compter; n'amènent-ils pas souvent les accidens les plus fâcheux?

Les auteurs qui sont venus après Doulcet et qui, à son exemple, ont employé l'ipécacuanha,

en ont retiré tantôt de bons et tantôt de mauvais effets. Ils se sont accordés, en général, à dire qu'ils avaient été souvent très-malheureux, et qu'ils ont réussi plus fréquemment lorsqu'ils ont eu recours au traitement anti-phlogistique. La chose, d'ailleurs, prouvée par l'expérience, ne s'explique-t-elle pas jusques à un certain point, à cause des secousses violentes que ce médicament énergique imprime à toute l'économie animale? N'a-t-on pas vu les accidens les plus funestes succéder à son emploi? Et cependant, encore de nos jours, on voit des médecins regarder ce remède comme un spécifique contre la péritonite, et l'administrer avec confiance comme si on pouvait compter sur son seul effet.

En mettant de côté tout esprit de prévention, et rapprochant avec tout le soin dont nous sommes capables, les faits consignés dans les divers ouvrages qui traitent de cette pénible affection, on voit que l'on n'a réussi que vers les premiers jours de la maladie, ou lorsque les symptômes indiquaient un embarras gastrique. Doulcet lui-même avoue franchement, que ce n'est que dans le choix du moment que ce remède a eu d'heureux effets.

D'après cela, je pense que si les émétiques (si utiles en d'autres occasions) peuvent être employés dans le traitement de la péritonite trau-

matique, ce n'est seulement que dans le cas où il existe les signes les plus évidens d'un embarras gastrique qui complique cette maladie. Mais, je le répète, avant de les substituer aux anti-phlogistiques, quelle prudence le médecin ne doit-il pas employer dans l'administration de ces médicamens ? Avec quelle patience et quelle attention ne doit-il pas étudier les symptômes de la maladie avant de se décider pour ce remède ? Doit-il ignorer que très-souvent, dans les hôpitaux militaires, on a vu des malheureux blessés ressentir les premiers symptômes de la péritonite, après avoir été soumis à l'action d'un vomitif ?

Voilà ce qu'il me restait à dire sur le traitement de la péritonite traumatique aiguë. Passons maintenant à celui qui lui convient lorsque cette maladie est passée à l'état chronique.

Lorsque la péritonite traumatique est passée de l'état aigu à l'état chronique (ce qui arrive, comme je l'ai dit plus haut, du 20.e au 40.e jour), on doit changer le mode de traitement, parce que l'expérience prouve que ce qui convient dans un cas, ne convient pas dans un autre. Il ne faut cependant pas se dissimuler qu'il reste bien peu d'espoir de conserver les malades dans l'état de péritonite chronique.

Quand elle est bien reconnue, le médecin doit se borner au traitement palliatif, et ne pas se

bercer d'un espoir qui est souvent trop vain. C'est alors que la prudence exige qu'il prévienne les parens des malades des dangers auxquels ils sont exposés, afin de se mettre lui-même à l'abri des calomnies et des médisances que l'impéritie, l'ignorance et la mauvaise foi ne manquent pas de faire naître.

Nous avons vu précédemment, que lorsque la péritonite traumatique se termine par chronicité, il existe un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité abdominale; les douleurs continuent toujours, mais elles sont sourdes, irrégulières, et moins fortes que dans l'état d'acuité. Alors le traitement anti-phlogistique, dont j'ai parlé précédemment, doit être continué avec soin, et la prudence exige qu'on ne s'en écarte pas. La nourriture doit être saine, gélatineuse, peu abondante et toujours proportionnée aux forces des malades.

Mais quand la péritonite est devenue tout-à-fait indolente, que la suppuration est considérable, que la fièvre hectique est imminente, on doit exciter et stimuler la peau avec les vésicatoires, les frictions, les bains, sur-tout ceux des extrémités. Il me paraît que, dans ce cas, on devrait insister principalement sur les diurétiques extérieurs, comme les frictions avec la teinture de scille, avec les cantharides, etc.

C'est encore le cas d'administrer des médica-

mens légèrement toniques et propres à relever les forces des malades : le quinquina en substance, le vin généreux, peuvent produire d'excellens effets ; mais ce n'est qu'en cas de débilité extrême qu'il convient de faire usage de ces remèdes.

Lorsqu'on a reconnu qu'il existait un épanchement considérable dans l'abdomen, le secours chirurgical peut être fort utile et produire même de très-heureux effets, comme on s'en est assuré plusieurs fois. On peut alors pratiquer une ponction avec un trois-quarts, qu'on doit plonger obliquement, afin d'empêcher que l'air ne pénètre dans l'abdomen : tout le monde sait que ce fluide est très-pernicieux aux membranes séreuses. Bell, au rapport du professeur Fages, cite deux faits d'après lesquels les malades ont expiré, parce que les praticiens n'avaient pas eu recours à cette précaution ; il en cite deux autres qui avaient complètement réussi, parce qu'ils avaient fait les choses avec toute la prudence nécessaire.

Telle est, illustres Professeurs, la Dissertation que je vous présente aujourd'hui ; elle est imparfaite, sans doute, mais j'aurai atteint mon but, si je puis obtenir l'indulgence paternelle que vous n'avez jamais refusée à des Élèves jaloux de profiter de vos sages leçons.

FIN.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

M. Jacques LORDAT, Doyen.
M. Antoine CHAPTAL, *honoraire.*
M. J B. Timothée BAUMES.
M. J. M. Joachim VIGAROUS.
M. Pierre LAFABRIE.
M. J. L. Victor BROUSSONNET.
M. G. Joseph VIRENQUE.
M. C. J. Mathieu DELPECH.
M. Joseph FAGES.
M. Alire RAFFENEAU DELILE.
M. François LALLEMAND.
M. Joseph ANGLADA.
M. César CAIZERGUES.
M. A. Simon DUPORTAL.

2000	44
240	45
20	